

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — PITIE - SALPETRIERE

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques JOHNER

Interne du Centre Hospitalier de Châlons-sur-Marne

Né le 14 Mars 1942, à Châlons-sur-Marne (51)

Présentée et soutenue publiquement le

1971

**LE LEVER PRECOCE
DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE**

Président : M. FACQUET, Professeur

PARIS — 1971

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — PITIE - SALPETRIERE

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques JOHNER

Interne du Centre Hospitalier de Châlons-sur-Marne

Né le 14 Mars 1942, à Châlons-sur-Marne (51)

Présentée et soutenue publiquement le

197

LE LEVER PRECOCE DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE

Président : M. FACQUET, Professeur

PARIS — 1971



A MES PARENTS ,

En témoignage de toute mon
affection.

A MES BEAUX-PARENTS,

A MARTINE,

Avec toute mon affection reconnaissante
pour leur aide si précieuse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556004_0026

A MA BIEN-AIMEE,

A MA GRAND'MERE,

A MA SOEUR,

A MES FRERES,

A TOUS MES AMIS,

A MES COLLEGUES D'INTERNAT.

A MON COUSIN LE DOCTEUR Stéphane BORY

En reconnaissance des conseils
qu'il nous a si souvent donnés au
cours de nos études.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FACQUET,

En témoignage de notre profond respect
et de notre vive gratitude pour le
grand honneur qu'il nous fait de bien
vouloir accepter la présidence de notre
thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR C. LABRAM,
Ancien Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris
Médecin-Chef du Service de Médecine
du Centre Hospitalier de Châlons-sur-Marne

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, et qui nous a aidé et conseillé
dans sa réalisation.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
profonde reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il nous a toujours manifestée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. FLAMAIN,
Médecin-Chef du Service d'Electro-Radiologie
du Centre Hospitalier de Châlons-sur-Marne

En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour l'enseignement
qu'il nous a donné au cours de notre
Ière année de Radiologie et les
conseils qu'il nous a prodigués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. ROUSSELOT,
Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Nancy
Médecin-Chef du Service de Dermatologie
du Centre Hospitalier de Châlons-sur-Marne

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. BAUDOUIN,
Médecin-Chef du Service de Pneumo-Phtisiologie
du Centre Hospitalier de Châlons-sur-Marne

En témoignage de notre profonde
reconnaissance pour l'enseignement
qu'ils nous ont donné au cours de
notre Internat.

LE LEVER PRECOCE DANS L'INFARCTUS DU MYOCARDE

P L A N

- I) INTRODUCTION
- II) LE LEVER PRECOCE CHEZ NOS MALADES
 - A) Matériel et méthodes
 - a) sélection des dossiers
 - b) exploitation des dossiers
 - c) critères du lever
 - B) Résultats
 - a) Ière série de malades : lever le 15ème jour
 - b) IIème série de malades: lever le 8ème jour
- III) COMMENTAIRES
 - A) Etude des arguments concernant la date du lever
 - 1) arguments théoriques
 - a) anatomiques
 - b) physiologiques
 - c) cliniques
 - 2) inconvenients du décubitus
 - a) arguments "mécaniques"
 - b) complications habituelles
 - c) inconvenients psychologiques
 - 3) les avantages du lever précoce
 - B) Etude de la littérature
 - C) Commentaires de nos résultats
 - D) Etude prospective
- IV) CONCLUSIONS
- V) BIBLIOGRAPHIE

I - I N T R O D U C T I O N

1. ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐

- Malgré le pessimisme attaché au pronostic de l'infarctus myocardique, le rappel de la Société Française de Cardiologie, au sujet de recommandations récemment formulées, "s'en dégage comme l'arc-en-ciel de la boîte de Pandore"

(Pr Macrez) :

"Un sujet frappé d'infarctus du myocarde avant 55 ans, et ayant franchi, dans des conditions normales et sans complications, la phase des premières semaines, garde de nombreuses chances de survivre plus de dix ans;

- qu'expérience et statistiques ont partout établi que la grande majorité de ces sujets avait pu reprendre sans inconvénient, un travail;

- que l'inaction est facteur de déséquilibre nerveux pour l'intéressé et s'avère susceptible de retentir psychologiquement sur tout l'entourage familial;

- que la trop longue prolongation du séjour au lit, puis en chambre, et celle de l'absence de toute activité physique réelle, rendent ensuite plus difficile la reprise d'occupations".

- Cette dernière remarque a éveillé notre intérêt et c'est le rôle de la durée du repos dans le traitement de l'infarctus, que nous étudions ici, plus particulièrement.

- Certes, les opinions sont divergentes sur ce sujet et la notion d'alitement prolongé et absolu, avec toute la rigueur que cette mesure comporte est unanimement admise; elle repose sur des bases cliniques, hémodynamiques et anatomopathologiques surtout, connues de tous; de même qu'une fracture consolide en plusieurs semaines, l'infarctus du myocarde cicatrise également en plusieurs semaines.

- Des auteurs américains, LEVINE, LOWN, IRVIN (13, 16, 17, 18) se sont élevés les premiers, contre l'abus et la sévérité qui pouvaient être exigés de l'alitement. Justifiant leur attitude par les avantages d'une mobilisation précoce, ils ont proposé à leurs malades, non pas le lever précoce, au sens chirurgical avec marche dans la chambre dès les premiers jours, mais en autorisant une position confortable, assise dans un fauteuil.

- A la lumière de certains travaux (3, 4, 11), qui ont montré qu'il n'existait pas de différence statistiquement significative dans la mortalité observée pendant la période de mobilisation précoce ou pendant le premier mois de retour à domicile, nous avons étudié chez des groupes comparables de malades, le rôle du lever précoce dans l'évolution générale de la maladie.

- Des considérations plus générales, qui débordent le cadre de cette étude, seront abordées en vue de montrer l'influence de la durée de l'alitement sur le succès de la réadaptation et de la réinsertion du sujet dans la vie normale (1, 26, 27, 28).

- En effet, à une époque où tout est mis en oeuvre pour diminuer la mortalité, avec en particulier, la création d'unités de soins intensifs, la majorité des malades survit, mais au prix d'un handicap physique et psychique, qu'une réadaptation précoce et bien conduite, pourrait améliorer considérablement, limitant en même temps les conséquences économiques, généralement entraînées par le sevrage brusque et prolongé des activités et responsabilités des malades.

- aspect typique de la courbe chromatographique des isoenzymes de la lactico-déshydrogénase (fraction I supérieure à fraction 2).
- Ou l'association de l'un de ces signes avec les trois critères de haute probabilité suivants :
 - élévation thermique transitoire
 - présence d'une douleur (thoracique ou abdominale)
 - modifications du tracé électrocardiographique (onde Q de nécrose, surdéalage ou sous dénivellation du segment S.T., aplatissement ou inversion de l'onde T, que chacune de ces anomalies soient isolées ou associées entre elles)
- nous ont permis d'éliminer les dossiers incomplets, et de conserver en vue de leur exploitation statistique, 248 dossiers.

b) Exploitation des dossiers :

- Sur ces 248 dossiers d'infarctus myocardique, 48 appartiennent à des malades, décédés avant la fin de leur alitement et ne sont pris en considération, que pour apprécier le taux élevé de mortalité, observée dans les premières heures de la nécrose.
- Les 200 dossiers restants, se rapportent à deux groupes de malades :
 - 1) Le premier groupe (1964-68) comprend 139 malades qui, quelque soit le tableau clinique initial, ont été levés selon le tirage d'une table de hasard, soit au 15ème jour, soit au 22ème jour après l'admission à l'hôpital.

- Le traitement habituel bien codifié, associant calmants de la douleur, repos complet et médications anti-coagulantes, était appliqué à tous les malades et le lever était autorisé à la date prévue sous la seule condition d'un état clinique satisfaisant.
- Placé d'abord dans un fauteuil, pour apprécier lui-même les effets entraînés par le retour à la position assise, le malade était autorisé à faire ses premiers pas dans la chambre, dès le 1er jour, très prudemment, en s'efforçant de lui faire comprendre la nécessité de s'allonger dès les premiers signes de fatigue.

2) Le 2ème groupe (1969-71), moins important numériquement, car son étude est plus récente, comprend 61 malades qui ont été levés le 8ème ou le 15ème jour de leur hospitalisation, toujours selon le tirage d'une table de hasard mais en respectant étroitement certains critères établis, pour le choix des malades et pour autoriser un lever précoce.

- Si le traitement classique n'a pas changé, la surveillance des malades est plus intense actuellement : tous les malades sont systématiquement placés sous contrôle électronique du rythme et du tracé électro-cardiographique pendant les 48 premières heures de l'évolution.
- En cas de troubles du rythme initiaux, la télésurveillance électrique permanente est maintenue jusqu'à la disparition de ceux-ci depuis au moins 24 heures.

- Dans les cas non compliqués, le malade est mis en chambre calme après 48 heures, avec une surveillance plus réduite, comprenant, l'auscultation cardiaque biquotidienne, l'électrocardiogramme une ou deux fois par semaine, et le contrôle biologique d'une hypocoagulabilité efficace.
- Sauf indication particulière, le régime diététique est simple et normal pour l'ensemble des malades.
- Et c'est au 28ème jour de l'hospitalisation en général, en cas d'évolution favorable, que le malade quitte le service, avec les conseils habituels, concernant la réduction importante de l'activité physique, pendant les premiers mois à venir, la nécessité de poursuivre un traitement anticoagulant, sous couvert de la surveillance au moins toutes les 3 semaines, du taux de prothrombine, de façon à maintenir le taux entre 20 et 30 % et un traitement vasodilatateur coronarien.
- Au début de leur hospitalisation, les patients sont informés de leur état, leur indiquant qu'ils ont présenté une "attaque" cardiaque ou une thrombose coronaire et en s'efforçant de les rassurer et de calmer leur anxiété. On leur explique que l'infarctus est un "accident" comparable à une fracture, qu'il se "réparera", que le seul souci est celui de la qualité de la réparation, liée à la rigueur des prescriptions actuelles.

3) Critères du lever

- Pour le 1er groupe, nous avons précisé que l'étude statistique comprend tous les malades, que ceux-ci aient présenté ou non des complications initiales : un bon état général et l'absence de complications le jour du lever, étaient les seules conditions pour respecter la date fixée.
- Avant l'utilisation de la surveillance électronique, apparue dans le service en mai 1965, un certain nombre de malades, porteurs de troubles du rythme de degrés divers, éphémères, sporadiques et échappant à la détection faute d'enregistrement continu, ont pu être levés précocément.
- Pour le 2ème groupe : La gravité du tableau clinique à l'entrée, l'existence de complications sévères, ou la reconnaissance de troubles du rythme et de la conduction intracardiaque, compromettant le pronostic de l'évolution de l'infarctus, nous conduisent à exclure de notre étude statistique un certain nombre de malades, mais pas à différer la date du lever qui reste fixée pour ces malades le 15ème jour, sauf apparition d'une contre-indication.
- En cas d'évolution immédiate favorable, nous avons considéré qu'un certain nombre de critères doivent être réunis pour autoriser le lever du malade le 8ème jour :
 - l'absence de troubles du rythme initiaux ou secondaires;
 - l'absence de douleurs depuis 4 jours;

- tension artérielle constante depuis 4 jours;
- température normale depuis 2 jours;
- bon état général, enfin.

- Ainsi, en l'absence de signes d'évolutivité, les premiers levers sont permis selon les mêmes modalités que précédemment, la réadaptation du patient à la position debout et à la marche étant évaluée surtout subjectivement suivant l'apparition de la fatigue.

B) - Résultats

- Le rôle de l'alitement et la valeur du lever précoce ont été appréciés par l'étude comparative de la fréquence des complications et de la mortalité, lors de l'évolution immédiate et à distance de l'infarctus, chez deux séries de malades successives, se partageant chacune en deux groupes, les uns levés précocement, les autres levés à une date plus tardive.

a) Première série de malades : lever précoce le 15ème jour
Elle porte sur 139 malades, hospitalisés entre avril 1964 et décembre 1968, se partageant en deux groupes :

I) Lever au 22ème jour

II) Lever au 15ème jour

Groupe I : comprend 69 malades, dont 49 hommes et 20 femmes; le plus jeune a 30 ans, la plus âgée 92 ans; l'âge moyen du groupe étant de 62,3 ans.

Groupe II : comprend 70 malades dont 57 hommes et 13 femmes; âge moyen du groupe : 63,4 ans.

Antécédents : d'un ou plusieurs infarctus notés :

9 fois dans le groupe I

12 fois dans le groupe II

a) Mortalité précoce

- En raison de notre sujet, nous n'avons pas pris en considération parmi les 139 cas, les malades qui étaient décédés avant la fin de l'alitement.

- Il est intéressant, cependant, de souligner l'importance de la mortalité observée au cours des premières heures de l'évolution de l'infarctus et de préciser que, sur 187 dossiers "exploitables", 48 (25,6 %) relevaient de malades décédés avant la fin de l'alitement, se répartissant ainsi :

nb. de décès	(	- au cours des 48 premières heures	:	23
	(	- du 3ème au 8ème jour	:	10
	(	- du 9ème au 14ème jour	:	6
	(	- du 15ème au 21ème jour	:	5
	(	- au-delà du 21ème jour	:	4

- Quant aux malades, dont l'évolution immédiate était favorable, mais qui sont décédés après le lever, il n'a été observé que :

2 cas dans le groupe I (alitement 3 semaines)
3 cas dans le groupe II (alitement 2 semaines)
soit 3,59 % des malades considérés.

- Les deux décès du groupe I sont survenus brutalement dans un tableau de collapsus cardiovasculaire, en rapport avec une fibrillation ventriculaire, les 3ème et 5ème jours qui suivaient le lever.
- Parmi les trois malades décédés du groupe II :
 - . une malade âgée de 82 ans est décédée le 5ème jour après le lever, à la suite d'hémorragies digestives, compliquant le traitement anticoagulant.
 - . un malade est mort 30 jours après la date du lever, dans un tableau de collapsus cardiovasculaire. L'autopsie prati-

quée chez ce malade, montrait une nécrose myocardique, splénique et rénale.

- . un malade âgé de 68 ans, a présenté une mort subite, 7 jours après le lever, en rapport avec une fibrillation ventriculaire.

Pour ce dernier, la durée de l'alitement a éventuellement pu jouer un rôle défavorisant, mais il n'apparaît pas de différence significative dans la mortalité précoce entre les deux groupes.

b) Mortalité tardive

- Chez un certain nombre de malades, il a été possible de suivre l'évolution générale de l'infarctus, dans un délai allant de 2 mois à 4 ans, après la sortie de l'hôpital.
- 98 malades sur 139 ont été revus à l'occasion d'une nouvelle hospitalisation ou d'une consultation, ou bien ont répondu à une convocation.

Sur 58 malades du Groupe I, revus à distance :

- 7 malades (12 %) sont décédés dans un délai moyen de 27 mois après la nécrose.
- 2 sont morts à la suite d'une récurrence de l'infarctus.
- 2 sont morts à la suite d'une insuffisance cardiaque.
- 3 décès dans des conditions inexplicables.

Sur 40 malades du Groupe II, revus à distance :

- 6 malades (15 %) sont décédés dans un délai moyen de 2 ans après la nécrose;

- 1 décès 37 mois après la sortie, à la suite d'une polymitose et tuberculose pulmonaire;
- 1 décès par récurrence de l'infarctus, 10 mois après;
- 1 décès par embolie pulmonaire, 8 mois après;
- 1 décès par insuffisance cardiaque, 3 mois après.
- Dans 2 cas, la cause du décès n'a pas été reconnue.
- Si l'on ne tient pas compte de maladie intercurrente survenue pendant l'évolution, il n'apparaît pas de différence sensible dans la mortalité tardive entre les 2 groupes; les récurrences d'infarctus semblent moins fréquentes chez les malades levés précocement.

c) Complications précoces

- dans le Groupe I :
 - développement d'une insuffisance cardiaque, 20 jours après le lever : 1 cas ayant conduit au décès quelques mois plus tard;
 - troubles du rythme transitoires, au cours de la 3ème et 4ème semaine : 2 cas (tachycardie sinusale avec extrasystoles ventriculaires).
- dans le Groupe II, ont été observés :
 - 1 cas d'oedème pulmonaire aigu survenu le 3ème jour après le lever, puis ayant évolué favorablement;
 - 2 cas d'insuffisance cardiaque développée à partir des 5ème et 20ème jours, après le lever, dont l'une a entraîné le décès du malade, 3 mois plus tard;
 - 1 cas de syndrome douloureux thoracique, survenu 15 jours après le lever.

- La fréquence comparable de survenue de complications précoces ne permet pas d'attribuer à la durée de l'alitement le rôle essentiel. L'évolution de l'insuffisance cardiaque est aussi sévère dans les 2 groupes de malades.

d) Complications tardives

- Groupe I : 51 malades ont été revus régulièrement après leur sortie :
 - 1) La convalescence a été interrompue par une complication tardive et surtout retardée, pour 5 d'entre eux (soit environ 9,9 %), qui ont présenté un infarctus itératif apparu en moyenne 7 mois et demi après la sortie de l'hôpital, et ayant conduit à une invalidité prolongée ou définitive.
 - 2) 25,5 % des malades présentaient :
 - des douleurs angineuses résiduelles ayant motivé la consultation dans 6 cas (11,7 %);
 - une insuffisance cardiaque développée tardivement dans 4 cas (7,8 %);
 - une insuffisance cardiaque associée à un syndrome douloureux thoracique dans 3 cas ($\simeq$ 6 %).
 - 3) Radiologiquement une cardiomégalie, mise en évidence par l'orthodiagramme, était notée 6 fois, dont 2 pouvaient suggérer la formation d'un anévrisme.
 - 4) Enfin 26 malades (environ 50 %) allaient bien, menaient une vie normale et exerçaient une activité professionnelle régulière, reprise en moyenne, 6 mois après la crise cardiaque.

- Groupe II : 34 malades ont été revus :

- 1) 2 malades (5,8 %) ont été réhospitalisés pour récurrence de la nécrose myocardique; l'un à 4 ans, l'autre après 10 mois d'évolution favorable.
 - 2) 26,4 % des malades présentaient :
 - un syndrome douloureux thoracique (chez 4 malades)
 - une insuffisance cardiaque rebelle, ayant fait envisager selon les cas, un travail à mi-temps, un reclassement professionnel ou un repos prolongé, chez 4 malades.
 - l'association des 2 complications chez un malade.
 - 3) Radiologiquement, un gros coeur était dépisté 4 fois, en rapport avec une insuffisance cardiaque.
 - 4) Enfin, 19 d'entre eux (55,8 %), avaient retrouvé une vie normale, et à l'exception du souvenir de leur crise, présentaient les attributs d'une bonne santé.
- A l'examen, la seule trace visible de la maladie, restant une cicatrice électrique.
 - D'autres présentaient des petits troubles variés, sans coïncidence cardiaque, clinique et radiologique, souvent associés à un syndrome dépressif.
 - La fréquence et la nature des complications tardives ne paraissent pas influencées de façon significative par la durée de l'alitement. Nous avons constaté une reprise du travail chez environ la moitié de tous les malades de cette 1ère série, quel que soit le degré de gravité initiale de

l'infarctus; l'ensemble de la littérature fait état d'une reprise du travail sensiblement plus fréquente, mais après infarctus moyen et non compliqué.

b) 2ème série de malades : lever précoce le 8ème jour; elle porte sur 61 malades, hospitalisés entre janvier 1969 et mars 1971 pour infarctus récent et non compliqué.

- répartition en 2 groupes - III) : lever le 15ème jour
IV) : lever le 8ème jour

- Groupe III : 33 malades dont 23 hommes et 10 femmes;
âge moyen de 62,5 ans.
- Groupe IV : 28 malades dont 23 hommes et 5 femmes,
d'âge moyen de 62,1 ans.
le plus jeune de tous les malades a 35 ans,
le plus âgé, 92 ans.
- antécédents d'infarctus : 2 cas dans le groupe III
3 cas dans le groupe IV, dont 1'un
récidivait pour la 3ème fois.

a) Mortalité précoce

- Excluant la mortalité observée au début de la maladie ou pendant l'alitement, le nombre des décès enregistrés après le lever des malades, se réduit à un malade dans chacun des deux groupes :
 - un malade, alité 2 semaines, est décédé brutalement 10 jours après son lever, à l'occasion d'une fibrillation ventriculaire;
 - l'autre malade, alité 1 semaine, est également décédé par fibrillation ventriculaire irréversible, malgré

les chocs électriques itératifs et la réanimation médicale.

- Cette étude comparative porte sur un échantillon numérique plus restreint, mais pour l'instant, ne montre pas de différence significative sur la mortalité constatée dans les jours qui suivent le lever.

b) Mortalité tardive

- L'évolution, chez un petit nombre de malades suivis après la sortie de l'hôpital, montre :
 - groupe III : - 1 décès, 45 jours après le lever par fibrillation ventriculaire.
 - 1 décès 3 mois après le lever à la suite d'une récurrence de la nécrose.
 - groupe IV : - 1 décès, un an après, par insuffisance rénale évolutive.
 - 1 décès en rapport avec un accident vasculaire cérébral survenu 10 mois après la sortie.
- On constate que la fréquence des décès est comparable dans les deux groupes.

c) Complications précoces

- 5 malades ont présenté des complications légères et transitoires au cours des premiers levers :
 - groupe III : - réapparition des douleurs angineuses chez 1 malade.

- diminution importante de la tolérance orthostatique avec hypotension et signes cliniques chez 1 malade.

- développement d'une insuffisance cardiaque 5 jours après le lever, ayant régressé en 2 semaines avec le régime désodé, chez 1 malade.

- groupe IV : - réapparition des douleurs angineuses chez 1 malade.

- trouble du rythme éphémère, ayant nécessité une télésurveillance pendant 3 jours, observé chez 1 malade à l'occasion du lever.

- Il n'apparaît pas de différence significative dans la nature et la fréquence des complications précoces. Les complications plus tardives ne figurent pas en raison du délai trop récent de l'enquête statistique, toujours en cours dans le Service.

III - C O M M E N T A I R E S

- Les commentaires de cette étude, se proposent d'analyser les facteurs influençant la durée de l'alitement et les arguments concernant le lever précoce des malades, puis de discuter nos résultats comparativement aux travaux publiés dans la littérature, en vue de souligner la valeur et la justification du lever plus précoce qui s'intègre, selon l'opinion actuelle, dans le cadre plus général de la réadaptation des malades atteints d'infarctus myocardique.

A) - ETUDE DES ARGUMENTS CONCERNANT LA DATE DU LEVER

- Il est solidement établi qu'un minimum de 3 à 6 semaines, selon la gravité du tableau clinique initial (15, 19, 25), est nécessaire à la cicatrisation d'une lésion myocardique et qu'un "surtravail" cardiaque pendant ce délai peut provoquer une dilatation ventriculaire, et même une rupture. Il n'y a pas de raison, d'autre part, qu'un repos prolongé nuise à la reconstitution.

- Ceci explique en partie, que la valeur et le rôle du lever précoce n'ont pas été suffisamment étudiés.

I - Arguments théoriques

a) - anatomiques : pour fixer la date du lever, il est nécessaire de considérer l'évolution anatomique de l'infarctus myocardique.

- L'infarctus cicatrice en 6 semaines et passe, d'après René MARIE (20), par différents stades successifs, que nous nous contenterons de nommer parce qu'ils se définissent eux-mêmes : stade de dégénérescence, stade alvéolaire, stade de nécrose molle, stade de nécrose dure, stade de calcification, aboutissant à une cicatrice définitive mais souvent solide.

- Les conséquences anatomiques possibles sont au nombre de trois :

- la rupture, l'anévrisme pariétal, les plaques fibreuses du myocarde dures et rétractiles, qui succèdent aux infarctus petits et disséminés.

- L'évolution anatomique est également marquée par le développement d'une circulation collatérale, palliant partiellement à l'interruption de la vascularisation qui s'établit en 2 à 3 semaines (8).

Ces données anatomo-pathologiques font suggérer qu'il est contre-indiqué de faire lever le malade avant la 5ème semaine.

b) - arguments physiologiques : la réduction du débit cardiaque et du volume systolique, ainsi que l'augmentation de la différence artério-veineuse en oxygène par rapport à la consommation d'oxygène, sont généralement considérés comme des traits caractéristiques d'une fonction cardiaque déficiente, qu'elle soit due à des troubles valvulaires ou myocardiques (31). Le tableau de la fonction cardiaque défaillante est

complété par une pression pulmonaire fréquemment élevée et une fréquence cardiaque quelque peu accrue.

- Le but du traitement classique de l'infarctus myocardique est d'assurer un débit coronarien suffisant pour oxygéner le myocarde restant.

- Il convient donc de mettre le malade dans les conditions les plus basales possibles de ses métabolismes, en vue d'éviter tout effort supplémentaire au myocarde et d'assurer une oxygénation suffisante.

- Il convient également de calmer la douleur, facteur d'anxiété, qui accroît considérablement la consommation d'oxygène.

- Justifié par la nécessité de maintenir le débit cardiaque à son niveau le plus bas, le repos complet permet également d'éviter toute agression psychologique ou physique, facteur de tachycardie, et parfois occasion d'arythmies, déclenchées par des modifications du tonus vagal.

- Le dérèglement du système nerveux autonome est contemporain de la constitution de l'infarctus, comme le montre l'augmentation de l'excrétion des cathécholamines urinaires, dosées lors d'atteintes sévères cardiovasculaires ou d'oedème pulmonaire aigu (6).

- Dans l'immédiat, le repos étendu semble être le meilleur moyen de prévenir une extension de la thrombose coronaire ou une fibrillation ventriculaire irréversible et ultérieurement

une mort subite par rupture du coeur, une insuffisance cardiaque ou bien une ectasie pariétale.

- La période allant du 10ème au 30ème jour (15) est celle où le tissu infarcté reste encore fragile, d'où le risque de survenue imprévisible de ces accidents gravissimes.

- C'est également la période pendant laquelle sont le plus souvent observées les complications thrombo-emboliques.

c) - arguments cliniques : en pratique, la fixation de la date du lever se base surtout à partir des arguments tirés des antécédents du malade, de la gravité du tableau initial et d'un nouveau bilan : clinique, biologique, électrique.

- Les facteurs de gravité de l'atteinte coronarienne sont pris en considération; les facteurs péjoratifs apparaissant (14), l'âge (dépassant 60 ans), une prédisposition manifeste aux altérations artérielles telles que l'obésité et le diabète, des antécédents artériels personnels et familiaux.

- FRIEDBERG insiste sur les réserves à apporter devant un malade appartenant à une famille de coronariens.

- Il est également tenu compte de la gravité du tableau clinique initial (troubles du rythme, syndrome embolique, insuffisance cardiaque, choc important, température élevée), ces facteurs conduisent à envisager systématiquement une immobilisation prolongée. De toutes façons, le lever n'est autorisé que s'il n'existe plus de signes d'évolutivité de l'infarctus :

- bilan clinique favorable : pas de fièvre, rythme cardiaque régulier, bonne tension artérielle, bon état général.
- bilan biologique rassurant : numération formule sanguine, vitesse de sédimentation normales.
- l'évolution des électrocardiogrammes fournit des indications moins précises :
 - les différents stades de l'électrocardiogramme ne sont pas en corrélation directe avec l'évolution morphologique de l'infarctus ni avec l'état fonctionnel du myocarde; c'est pourquoi l'électrocardiogramme ne peut servir de critère en ce qui concerne la mobilisation ou l'intensité de l'activité physique (KÖNIG K., 26).
 - En définitive, dans les cas sans complication, la date du lever est choisie en fonction de ces arguments.
 - Selon la tendance générale, ces arguments se recoupent pour fixer un alitement minimum de 4 à 6 semaines; certains auteurs (3, 13, 18), en raison des complications thrombo-emboliques, du retentissement psychologique, et des difficultés de réadaptation ultérieure, ont conseillé une immobilisation brève de 1 ou 2 semaines.

2) - Les inconvénients du décubitus

a) - arguments "mécaniques"

- La thrombose coronaire frappe de préférence les sujets actifs, présentant une intense vitalité. Interrompant ses activités, le

malade se retrouve brutalement au lit pour plusieurs semaines, et la rigueur avec laquelle on faisait appliquer ce repos au lit a fini par faire prendre conscience des dangers que cette attitude trop stricte faisait courir.

- C'est à la lumière de certains travaux (7, 13, 17, 21, 26, 27), justifiant des restrictions que l'on peut apporter au décubitus prolongé, que nous avons établi les modalités et les critères du lever précoce pratiqué chez nos malades.

- Lorsque le séjour au lit se prolonge, surviennent des modifications de l'équilibre circulatoire adaptées au décubitus.

- La position étendue entraîne une augmentation du retour veineux, qui déclenche chez le cardiaque décompensé une dyspnée rapidement intolérable.

- L'accès d'angine de poitrine du décubitus éclate au milieu de la nuit et réveille le malade qui se lève pour l'atténuer.

- L'augmentation du retour veineux de la périphérie vers le coeur accroît la pression de remplissage, le travail cardiaque et la surcharge circulatoire pulmonaire. Chez le cardiaque hypertendu, 12 à 24 heures après la mise au repos au lit, s'observe une hémodilution avec augmentation de la masse sanguine et diminution de la capacité vitale des poumons.

- Dans l'insuffisance cardiaque, le principe de la ligature de la veine cave inférieure est de freiner le retour veineux, pour

permettre le décubitus en atténuant la dyspnée (21).

- Le repos complet diminue aussi la tolérance orthostatique, comme l'a montré l'étude de FAREEDUDDIN (7) chez des patients présentant un infarctus récent sans signes d'insuffisance ventriculaire droite, alors que les tests de posture entraînaient une réponse normale chez les sujets précocement mobilisés.

b) - A côté de ces arguments mécaniques, les complications habituelles du lit connues de tous, constituent autant d'arguments supplémentaires :

- Outre l'inconvénient majeur, qui est celui de favoriser les accidents thrombo-emboliques, moins fréquemment rencontrés depuis que l'on applique systématiquement les anticoagulants, le sujet qui reste au lit toute la journée, est exposé à l'inappétence, la constipation, la congestion pulmonaire et aux escarres.

- Entraînant une diminution du tonus musculaire et vasculaire des extrémités, source de faiblesse physique, le repos absolu accroît également considérablement les troubles du métabolisme et le catabolisme musculaire.

c) - Inconvénients psychologiques

- La contrainte physique qu'impose l'immobilisation prolongée, atteint fréquemment l'état psychique des malades à un degré tellement significatif, que cet aspect, qui ressort avant tout

de l'expérience clinique, nous a paru constituer un argument de poids.

1) - Certes, l'observation nous a permis de constater que la plupart de nos malades, placés systématiquement sous moniteur électronique pendant les 48 premières heures, semble présenter une plus grande confiance qui calme l'angoisse initiale, contemporaine de la douleur thoracique; si l'atténuation rapide de la douleur rassure le malade dans l'immédiat, l'importance de l'équipement, des soins multiples et du personnel nombreux qui l'entoure, lui apparaît une plus grande sécurité et semble contribuer à entretenir sa tranquillité d'esprit.

- Une enquête du Pr. BOUVRAIN (2) confirme cette réaction des malades hospitalisés dans les unités de soins intensifs, qui peut avoir un effet favorable sur le psychisme du malade.

2) - Par la suite, ce climat psychologique favorable est beaucoup plus difficile à obtenir chez un malade longtemps alité, longtemps hospitalisé, assujéti à un traitement astreignant par les contrôles qu'il exige et dont le malade connaît les dangers.

- Devant les conseils qu'on lui prodigue, le patient prend progressivement conscience des risques de mort subite ou de rechute et de réapparition possible de l'atroce douleur précordiale; il se résigne difficilement au repos absolu qui lui est ordonné. Ne souffrant plus, il se croit guéri, du moins convalescent

et constitue, pendant cette période d'immobilisation, un nouveau "stéréotype" (SHVACABAJA, I.K., 26), selon le langage spécialisé, qui peut accroître la durée de l'alitement et surtout avoir un effet néfaste, qui entrave les possibilités de reprise ultérieure du travail.

3 - Les avantages du lever précoce

- L'opinion d'un certain nombre d'auteurs (3, 4, 10, 11, 13, 17, 21, 22, 32) en ce qui concerne la durée de l'alitement, que nécessite l'infarctus myocardique, mérite quelque attention, même si elle diverge des notions traditionnelles.

- Hormis les cas d'infarctus dont le pronostic apparaît d'emblée compromis à courte échéance, par l'âge du sujet, ses antécédents, l'étendue des lésions myocardiques, l'existence d'une complication menaçante, la majorité des malades peut espérer survivre.

- Dans ces cas, le décubitus prolongé remplit-il entièrement son office ? Ne risque-t-il pas d'affecter la survie, le plus souvent d'un handicap, moins évident et moins visible que chez un déficient moteur ou sensoriel, mais qui pourtant appelle la même garantie de protection de la société par chacun de ses membres. De cette exigence est née l'idée d'une réadaptation des malades; d'après les résultats observés par quelques uns de ces auteurs, l'évolution générale de la maladie n'apparaît pas modifiée, tandis que la récupération ultérieure est considérablement améliorée.

- La position assise dans un fauteuil, après les premiers jours de l'infarctus, a été pratiquée avec succès par des auteurs américains (18) convaincus de ses avantages.

- Expérimentalement, on a montré par le cathétérisme, que le travail du coeur chez les sujets normaux ou cardiaques est de 23 % moindre en position assise que couchée.

- De même que la station verticale, cette position diminue le retour veineux et permet au sang de se répartir dans les régions distales des membres sous l'effet de la pesanteur.

- C'est ainsi que la grande indication de la position assise est la forme congestive de la thrombose coronaire, lorsque l'oedème pulmonaire contemporain de l'attaque continue de menacer; la circulation pulmonaire étant soulagée d'une partie de la masse sanguine par dérivation vers les membres inférieurs.

- Par ailleurs, le lever précoce règle rapidement les problèmes de la selle et du bassin, sinon humiliants, du moins nécessitant parfois un effort plus grand que ceux habituellement interdits.

- L'intérêt psychologique d'un alitement de courte durée est évident et participe à la réussite de la réadaptation ultérieure du sujet.

- La possibilité de se mobiliser assez rapidement dans son lit, puis de s'asseoir comme tout le monde, et de reprendre progressivement une activité physique, conduit le malade à considérer

plus favorablement son cas et à espérer retrouver une vie normale.

B) - ETUDE DE LA LITTERATURE

- Pas très abondante sur ce sujet, nous avons relevé deux études orientées dans le même sens, qui font état des résultats suivants :

- BRUMMER (3, 4) a étudié comparativement le rôle du lever précoce, chez 3 séries de malades hospitalisés pour infarctus, respectivement entre 1952-54, 1957-59 et 1962-64.

- Sur 1700 cas, l'auteur a montré que pour une durée moyenne de repos au lit de 16,2, 12 et 10,3 jours de ces trois groupes, la mortalité observée pendant la durée de l'alitement était de 22,4 %, 22,5 % et 27,9 %.

La distribution selon l'âge moyen et le sexe était comparable dans les trois groupes.

- Entre 1952-54, il était noté un taux élevé de rechutes dans le premier mois suivant l'hospitalisation.

- Cependant, à cette époque le traitement anticoagulant était généralement arrêté à la sortie du malade.

- Dans la seconde période de 1957-59, le traitement anticoagulant, poursuivi après la sortie faisait diminuer de façon spectaculaire, le taux de rechutes qui passait de 8,2 à 2,5 %.

- GRODEN (11) a étudié le lever précoce sur un groupe de 105 malades, dont 50 ont été levés à partir du 15ème jour.
- La mortalité observée pendant toute la durée de l'hospitalisation ne met pas en évidence de différence significative entre les deux groupes : au total 20 % de décès, dont 9 % concernent le groupe des malades levés précocément.
- Le lever précoce a été accusé dans le passé de provoquer la rupture du coeur ou la formation d'anévrysme (24, 29) : l'autopsie pratiquée dans 80 % des cas n'a montré aucune rupture du coeur.
- Après la sortie de l'hôpital, la surveillance ultérieure permit, par la radioscopie de dépister ou suspecter une ectasie pariétale chez 37 % des malades qui avaient respecté un alitement classique et dans une proportion sensiblement moindre, 6 % des malades levés précocément.
- Une proportion équivalente de patients retrouvait une activité professionnelle 3 mois après leur infarctus.
- LEVINE, LOWN, MITCHELL (18, 22), considérant que la position assise est favorable à la plupart des cardiaques ont ainsi traité 81 malades qui présentaient des formes particulièrement graves d'infarctus myocardique, incontestable et toujours confirmé par l'électrocardiogramme.
- Leurs malades furent levés les premier et deuxième jours, consécutifs à leur accident. Aidés à sortir du lit, ils étaient

placés confortablement dans un fauteuil jusqu'à ce qu'ils se sentent fatigués, en général une à deux heures le premier jour. Les auteurs ont observé 8 décès, soit 10 % de mortalité; statistique déjà ancienne comportant un certain nombre de malades qui n'avaient pas été traités par les anticoagulants.

- Ils insistent tout particulièrement sur les résultats obtenus chez un groupe d'une dizaine de malades qui furent traités par la position assise alors que leur état était considéré comme extraordinairement critique. Le seul fait de les mettre assis les transforma !

- Enfin, citons les résultats enregistrés par quelques auteurs, en réservant toute appréciation, n'ayant pas retrouvé dans la littérature les travaux originaux relatifs à ces études.

- A.E. SALAZAR (Puerto Rico Medical School, St Juan, Antilles), a défendu la position du lever précoce dans les cas simples d'infarctus du myocarde, au 8ème Congrès International de Cardiologie : dans 111 cas d'infarctus légers, il a mobilisé les malades dans les 24 heures qui ont suivi l'hospitalisation et tous ont pu se lever dans la semaine pour satisfaire leurs besoins et faire leur toilette. L'auteur admet cependant la contre-indication dans le cas d'apparition de douleurs angineuses, d'arythmie et d'une élévation de la fréquence du pouls et du rythme respiratoire au-delà de 20 par minute.

- Conclusions contestées par la grande majorité des spécialistes américains, PRINZMETAL fut le seul consulté, à déclarer son approbation pour les thèses de SALAZAR.

"Bien des patients, a-t-il dit, ne peuvent supporter ni psychologiquement ni financièrement l'alitement de 6 semaines". Pour 1000 cas d'infarctus léger dont il a eu à connaître, le repos de courte durée a été prescrit avec un plein succès.

- GOVEA, J. (10) fait état de 100 cas "simples" d'infarctus levés le premier jour ayant entraîné 6 décès.

- ZILLI, A. (32) dans une publication récente, constate qu'un programme graduel et progressif de réadaptation, commencé au lit du malade le 3ème jour en général, a permis à 50 malades de reprendre une vie "indépendante" au bout de 3 à 4 semaines.

C) - COMMENTAIRES DE NOS RESULTATS

1) Il nous paraît intéressant de faire une remarque préliminaire concernant la mortalité, constatée pendant l'alitement, malgré le traitement classique; le taux de mortalité est très élevé, 25,66 % dans notre Ière série portant sur 187 cas, dont la moitié des décès est observée dans les 48 premières heures.

- Ce résultat rejoint les données générales de la littérature concernant la mortalité "immédiate" de l'infarctus, en particulier la statistique établie par FRIEDBERG (9), permet de constater que :

- sur 100 infarctus myocardiques :
 - 20 décèdent avant l'arrivée à l'hôpital (4 heures en moyenne après le début)
 - sur 80 restants : 20 décèdent à l'hôpital malgré le traitement
 - parmi ces 20 décès :
 - 10 sont dûs à un choc cardiogénique;
 - 1 à une embolie pulmonaire;
 - 1 à une rupture cardiaque;
 - 8 à une arythmie

FRIEDBERG souligne également que l'équipement moderne des unités de soins intensifs pour coronariens s'est révélé surtout efficace dans le traitement des troubles du rythme, par contre le choc cardiogénique et la rupture du coeur en rapport avec des lésions étendues, sont exceptionnellement récupérables.

- La mortalité observée après le lever, chez nos malades apparaît relativement plus modeste.

- Nous constatons, rejoignant ainsi une notion classique, que les risques de mortalité les plus grands sont encourus pendant les premiers jours, pendant lesquels l'évolution est imprévisible, justifiant tous les efforts actuels en vue de placer les malades en milieu spécialisé.

- Depuis quelques mois, une unité de soins intensifs cardiologiques nous permet d'améliorer la surveillance et le traitement des malades, sans que pour l'instant, le problème d'une priorité accordée aux malades porteurs de troubles du rythme, se soit encore souvent posé.

- Notre travail, sans avoir la prétention de cerner la question de la durée de l'alitement dans l'infarctus du myocarde, se borne à livrer les résultats essentiels obtenus grâce à une enquête menée en milieu hospitalier, avec les réflexions qu'ils nous ont inspirées et qui en font peut-être l'originalité :

- le lever précoce, que nous avons autorisé d'abord le 15ème jour, chez 70 malades, porteurs d'infarctus de toute gravité immédiate, puis le 8ème jour, chez 28 malades, porteurs d'infarctus légers et non compliqué, n'a pas fait apparaître de différence significative concernant la mortalité ou l'aggravation de l'évolution générale de l'infarctus.

- A l'appui des résultats publiés dans la littérature, nous nous croyons autorisés à poursuivre cette enquête, en respectant certains critères pour choisir les malades (absence de complication initiale) et permettre le lever le 8ème jour.

- De toutes façons, la durée de l'alitement pour les malades "hors statistique", ne dépasse pas 2 semaines, si l'évolution est favorable.

- Enfin, une question que nous avons insuffisamment étudiée et développée, concerne la reprise du travail des malades après l'infarctus.

- Nous avons constaté une reprise de travail après un délai moyen de 6 mois, chez environ 50 à 55 % des malades de notre 1ère série, mais qui présentaient des infarctus de toute gravité.

- MOSINGER, M. (23), étudiant 33 observations d'infarctus moyen et non compliqué, comprenant un alitement de 30 jours, fait état d'une reprise de travail après 6 mois, dans 66 % des cas, statistique qui rejoint celles de l'ensemble de la littérature française.
- Ayant étudié également l'influence de la suppression du traitement anticoagulant après 3 mois d'évolution, il ne constate pas de différence significative chez les malades anticoagulés et non-anticoagulés, concernant la fréquence et la qualité de la reprise du travail.
- Pour les auteurs anglo-saxons, la date du lever est plus précoce, le 15ème jour, et la durée de l'hospitalisation n'excède pas, dans les cas de gravité initiale moyenne, 3 semaines. Les publications récentes, sur la reprise de travail après infarctus, donnent des chiffres nettement supérieurs, entre 83 et 88 %, après un délai moyen de 3 mois (23).
- Pour ces auteurs, le lever précoce, la réintégration précoce dans le milieu familial, la suppression de l'assujettissement aux anticoagulants et à ses contrôles biologiques, tout cela contribue à créer un climat psychologique favorable à la réinsertion professionnelle et sociale.

D) - ETUDE PROSPECTIVE

- Le lever précoce, dont l'intérêt essentiel est de favoriser et d'accélérer la récupération ultérieure, n'est qu'un aspect de la réadaptation des malades dans la société, réadaptation à la fois physique et morale, dont, l'application doit, selon l'opinion actuelle, commencer avant le lever, dès les premiers jours qui suivent la constitution de l'infarctus.

1) - Sur le plan physio-pathologique, les informations manquent en ce qui concerne les répercussions d'une activité physique précoce sur le comportement fonctionnel des sujets relevant d'un infarctus myocardique.

- Certains travaux (26, 31), visent à montrer que, quel que soit le trouble physiologique fondamental, on observe une inadaptation du débit systolique et souvent un débit minute insuffisant malgré une tachycardie excessive; cette réduction du débit sanguin représente la cause fondamentale de la diminution de la capacité de travail musculaire.

- Pour les efforts sous-maximaux, la fréquence cardiaque diminue en général, mais l'évolution du débit systolique, du débit minute, et de la différence artério-veineuse, sous l'influence de l'entraînement reste discutée.

- L'accord se fait cependant sur une diminution du travail cardiaque et des signes d'acidose métabolique (taux moins élevé de lactates pour un même effort après entraînement), de même sur une réduction des pressions systolique et diastolique.

- On ne peut affirmer si l'amélioration clinique observée après entraînement physique correspond à une meilleure irrigation du coeur ou à une circulation périphérique favorisée. Un effet bénéfique de l'exercice physique sur la circulation collatérale a été suggéré (5) par la dilatation des vaisseaux coronaires, expérimentalement observée à l'angiographie après hypoxie aiguë.

- Pourtant des artères coronaires modifiées par l'athérosclérose ne semblent pas susceptibles de modifications de calibre.

- Par ailleurs, l'entraînement physique diminue la fréquence cardiaque et la pression artérielle au cours de l'effort; le produit de ces deux grandeurs est un facteur déterminant de la consommation d'oxygène myocardique, au moins en expérimentation animale.

- Ainsi, les effets favorables de l'entraînement, la diminution des douleurs angineuses notamment, peuvent correspondre à une diminution du travail cardiaque pour un effort donné plutôt qu'à une amélioration réelle de l'irrigation myocardique (31).

- Les études physiologiques, bien que peu nombreuses, permettent cependant d'avancer que l'entraînement physique des patients, atteints d'infarctus, déclenche comme chez le sujet normal, une amélioration de la réponse hémodynamique à l'effort, que celle-ci soit associée à une augmentation de la circulation coronaire collatérale ou à une modification de la circulation périphérique.

2) - Ces considérations ont pour but d'intégrer le lever précoce dans le cadre plus général de la gymnastique thérapeutique, indiquée dès que l'état clinique l'autorise.

- Un programme d'activités physiques graduelles de réalisation relativement aisée, a été proposé et défini par HAKKILA (12), qui, après une pratique de physiothérapie appliquée depuis 6 ans aux convalescents d'infarctus du myocarde n'a déploré aucun décès ni de complication grave résultant de l'effort physique.

a) A l'hôpital : le malade reste couché pendant la première semaine.

- Les 1er et 2ème jours, des mouvements actifs sont recommandés destinés à améliorer la circulation veineuse, ainsi que des exercices respiratoires et des mouvements actifs de détente intéressant tous les groupes musculaires.
- Les 3ème et 4ème jours, le malade peut s'asseoir dans son lit, pendant quelques minutes au début, et se nourrir lui-même.
- Les 5ème et 7ème jours, la position assise au bord du lit, puis dans un fauteuil est autorisée, pendant des périodes progressivement croissantes.

b) Dès la 2ème semaine : les premiers levers, avec quelques pas dans la chambre sont permis, en surveillant la respiration et la tolérance orthostatique.

Par exemple : - 8ème jour, un tour du lit 2 fois,

- 9ème jour, un tour du lit 2 à 3 fois,

- 10ème-13ème jour marche dans la salle;

les exercices physiques sont poursuivis avec répétitions plus nombreuses et en position debout.

c) A la 3ème semaine : marche hors de la chambre, montée de quelques marches au milieu de la semaine, progressivement, pour arriver à gravir un étage à la fin de la semaine, en même temps que débutent les exercices sur bicyclette ergométrique pour accoutumer le sujet au mouvement.

- Ensuite devenu convalescent, le malade poursuit à domicile, sans interruption, les exercices appris à l'hôpital ou bien participe à un programme de réadaptation en équipe sous surveillance.

3) - Ainsi, la question de la durée de l'alitement dans l'infarctus est actuelle, par le nombre croissant de malades, toujours discutée, parce qu'étant souvent fonction de l'expérience, des habitudes et des convictions thérapeutiques.

a) L'inactivité physique prolongée par la durée de l'alitement, évolue souvent définitivement, ne favorisant pas nécessairement la longévité des malades ayant survécu à l'infarctus myocardique.

b) Des études de plus en plus nombreuses, sur des groupes de patients cliniquement bien définis; démontrent que les possibilités de retour à une vie normale au décours de la phase aigue, sont souvent considérables, sans dommage pour les malades, ni risque accru de récurrence.

c) Les statistiques indiquent une possibilité de reprise du travail ancien ou d'une activité nouvelle dans 60 % à 80 %

des cas ayant survécu à l'accident aigu. De même que le stade critique de la maladie fait l'objet de soins intensifs, la réadaptation doit être intensive dès le début.

- d) Encore que sur un nombre jusqu'ici restreint de cas, le lever précoce des malades ne semble pas modifier de façon significative la mortalité et la fréquence des complications.

Le lever précoce des malades atteints d'infarctus repose encore souvent sur des bases empiriques; les informations manquent en ce qui concerne les effets d'une activité physique précoce sur le développement de la circulation collatérale dans le myocarde, sur la fréquence des rechutes, sur la défaillance congestive dans les années qui suivent la crise et sur la mortalité.

- e) Rien n'interdit de croire, en raison des possibilités actuelles de traitement, grâce à une approche plus précise de l'évaluation de l'état clinique (28) et du pronostic, que la remise rapide des malades en activité, telle que nous l'avons pratiquée chez nos malades, n'apparaisse bénéfique à l'évolution générale de la maladie, assurant une survie moins handicapée sur le plan physique et moral, constituant ainsi un risque pouvant être raisonnablement accepté par le médecin et son malade.

CONCLUSIONS

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840.

- Au cours d'une étude sur le lever précoce des malades atteints d'infarctus myocardique, il ne nous est pas permis d'établir de conclusions définitives, en raison du nombre trop restreint de nos observations, mais néanmoins nous pouvons faire ressortir quelques considérations essentielles :

- Nous avons autorisé un lever précoce d'abord le 15ème jour, chez 70 malades, porteurs d'infarctus authentique, récent et de toute gravité initiale, puis le 8ème jour, chez 28 malades atteints d'infarctus moyen et non compliqué, en respectant certains critères cliniques le jour du lever (absence de troubles du rythme initiaux ou secondaires, de douleur, tension artérielle constante, température normale et bon état général).

- Les résultats obtenus en étudiant des groupes de malades comparables, relevant de l'alitement traditionnel ou du lever précoce, ne font pas apparaître de différence significative concernant la mortalité ou l'aggravation de l'évolution générale de la maladie.

- A l'appui de certains travaux publiés dans la littérature, cette attitude est étayée par le fait que, jusqu'à présent rien n'indique que la mobilisation précoce des sujets, n'entraîne des complications ou provoque le décès.

- Cette étude nous a fourni l'occasion de revoir le rôle et la valeur de la durée de l'alitement dans l'infarctus.
- Le repos absolu et prolongé est prôné depuis longtemps et paraît une notion immuable : la majorité des malades peut espérer survivre à "l'accident", mais au prix d'un handicap marqué et définitif, dont l'immobilisation forcée est en partie responsable.
- Le lever plus précoce, intégré dans le cadre plus général de la réadaptation, semble favoriser et accélérer la récupération physique et morale, facilitant la réinsertion sociale et professionnelle.
- Actuellement, les indications de remise rapide des malades en activité physique pendant les premières semaines de l'infarctus sont loin d'être unanimes dans la littérature.
- Il ne s'agit pas de statuer définitivement sur cette question, mais il nous a semblé que l'évolution et le pronostic de la maladie n'apparaissaient pas sensiblement modifiés par le lever précoce des malades.
- Un certain recul et davantage de constatations physiologiques et d'informations, concernant les répercussions de la durée de l'alitement sur l'évolution générale de l'infarctus, permettront d'avoir une opinion plus assurée.

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen,

M. le Professeur J. FACQUET

M. le Professeur CASTAIGNE

VU, le Recteur,

M. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

--:--:--:--:--:--:--:--:--:--

- 1) BEAUFFIGEAU A. -
Bases théoriques et méthodes de la réadaptation des coronariens.
Thèse Bordeaux, 1970.
- 2) BOUVRAIN et coll. -
Angoisse et régression dans un service de soins intensifs cardiologiques.
Presse Médicale, 1970, 78, 2083.
- 3) BRUMMER P., KALLIO V., TALA E. -
Early ambulation in the treatment of myocardial infarction.
Acta med. scand., 1966, 180, 231.
- 4) BRUMMER P., LINKO E., KASANEN A. -
Myocardial infarction treated by early ambulation.
Amer. Heart. J., 1956, 52, 269.
- 5) ECKSTEIN R.W. -
Effect of exercise and coronary artery narrowing on coronary circulation.
"Circulat. Res.", 1957, 5, 230.
- 6) EDITORIAL --
Mobilisation after myocardial infarction.
The Lancet, 1969, 1, 821.
- 7) FAREEDUDDIN K., ABELMANN W.H. -
Impaired orthostatic tolerance after bed rest in patients with myocardial infarction.
New Engl. J. Med., 1969, 280, 345.

- 8) FRIEDBERG C.K. -
Maladies de coeur, I, 607.
Ed. Maloine, 1959.
- 9) FRIEDBERG C.K. -
General treatment of acute myocardial infarction.
Circulation, 1969, 40, 252.
- 10) GOVEA J. -
Lever précoce dans l'infarctus cardiaque.
4ème Congrès interaméricain de Cardiologie, 1952.
Rev. argent. cardiol., 1952, 19, 298.
- 11) GRODEN B.M., ALLISON A., SHAW G.B. -
Management of myocardial infarction; the effect of
early mobilisation.
Sott. med. J., 1967, 12, 435.
- 12) HAKKILA J., RINNE H. -
Reports from the Institute of Occupational Health.
Helsinki, 1965, N° 30.
- 13) IRVIN C.W., BURGESS A.M. Jr. -
The abuse of bed rest in the treatment of myocardial
infarction.
New. Engl. J. Med., 1950, 243, 486.
- 14) JOUVE A., ROCHU P. -
La convalescence de l'infarctus du myocarde.
Rev. du Prat., 1957, 7, 729.
- 15) LENEGRE J., SOULIE P. -
Maladies de l'appareil cardiovasculaire; traitement
de l'infarctus.
Coll. Med. Chir., Ed. Flammarion, 1968.
- 16) LEVINE S.A. -
Some harmful effects of recumbency in the treatment
of heart disease.
J. Amer. med. Ass., 1944, 126, 80.

17) LEVINE S.A. -

The myth of strict bed rest in the treatment of heart disease.

Amer. Heart. J., 1951, 42, 406.

18) LEVINE S.A., LOWN P. -

The "armchair" treatment of acute coronary thrombosis.

J.A.M.A., 1952, 148, 1365.

19) MACREZ C. -

Infarctus du myocarde.

Enc. Med. Chir. Coeur, fasc. 11030P30, 2-1962.

20) MARIE R. -

L'infarctus du myocarde et ses conséquences.

Thèse Paris, 1897.

21) MAYONNADE G. -

Lever précoce dans l'infarctus.

Sem. des Hôp. Paris, 1957, 2819.

22) MITCHELL A.M., DEALY J.B., LOWN P., LEVINE S.A. -

Further observations on the armchair treatment of acute myocardial infarction.

J.A.M.A., 1954, 155, 810.

23) MOSINGER M., LUCCIONI R. -

Réhabilitation professionnelle des malades atteints d'infarctus.

Arch. des mal. prof. de med. du Trav. et de Séc. Soc., 1968, 29, 575.

24) MOYER J.B., HILLER G.I. -

Cardiac aneurysm : clinical and electrocardiographic analysis.

Amer. Heart J., 1951, 41, 340.

25) NORMAND J., DELAHAYE J. -

Infarctus du myocarde.

Enc. Méd. Chir., Thérapeutique. Fasc. 25330A10, 9-1970.
Ed. Techniques, Paris.

- 26) Organisation Mondiale de la Santé.
Séminaire sur la réadaptation des malades cardiovasculaires.
Noordwijk, 1967. Rapport Copenhague.
- 27) Organisation Mondiale de la Santé.
La réadaptation physique des malades atteints d'infarctus aigu du myocarde.
Fribourg en Breisgau, 1968. Rapport Copenhague.
- 28) Organisation Mondiale de la Santé.
Evaluation des méthodes de réadaptation des malades cardiovasculaires.
Bruxelles, 1969.
- 29) PARKINSON J., BEDFORD D.E. -
Cardiac aneurysm.
Quart. J. Med. N.S., 1938, 7, 455.
- 30) PICARD J.J., JOHNER J., LABRAM C., BERGER C. -
Exploitation par ordinateur d'observations d'infarctus du myocarde. I. Etude statistique.
Ann. de Card. et d'Ang., 1970, 3, 245.
- 31) VARNAUSKAS E., BERGMAN H., HOUK P., BJORNTORP P. -
Haemodynamic effects of physical training in coronary patients.
Lancet, 1966, 2, 8.
- 32) ZILLI A. -
La reabilitazione del malato affetto da infarto miocardico.
Boll. Soc. Ital. Cardiol., 1970, 15, 287.
-

